

LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL: UNA RADIOGRAFÍA DE LA REALIDAD EN LAS SALAS DE URGENCIAS EN IBAGUÉ (COLOMBIA)

HEALTH AS A FUNDAMENTAL RIGHT: A RADIATION OF REALITY IN THE EMERGENCY ROOMS IN IBAGUE (COLOMBIA)

A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL: UMA RADIAÇÃO DA REALIDADE NOS QUARTOS DE EMERGÊNCIA NA IBAGUE (COLÔMBIA)

José Leonardo Montealegre Quijano¹, Omar Arley Arenas Quimbayo², Angélica María Moncaleano Rodríguez³

1 Magister en Gestión Industrial e Ingeniero Industrial de la Universidad de Ibagué (Colombia). Docente Universitario en las áreas de Administración de la Universidad del Tolima, Fundación Universitaria San Martín y Corporación Universitaria Minuto de Dios. Investigador del Centro de Comercio y Servicios del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) Regional Tolima en el grupo de Investigación GESICOM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9754-5247>.

jlmontealegreq@sena.edu.co

2 Magister en Gestión Industrial e Ingeniero Industrial de la Universidad de Ibagué (Colombia). Docente Universitario e Investigador Junior Colciencias. Líder del Grupo de Investigación GESICOM del Centro de Comercio y Servicios del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) Regional Tolima. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-26974324>.

oarenasq@sena.edu.co

3 Magister en Administración, Especialista en Finanzas y Administradora de Empresas de la Universidad del Tolima (Colombia). Docente Universitario e Investigadora. Coordinadora de Investigaciones de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (Uniminuto)- Vicerrectoría Tolima y Magdalena Medio VRTMM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2833-3053>

angelica.moncaleano@uniminuto.edu

Recibido: 06/12/2019

Aceptado: 31/07/2020

Para citar este artículo:

Montealegre, J. L., Quimbayo, O. A. A., Moncaleano, A. M. (2020). La salud como derecho fundamental: una radiografía de la realidad en las salas de urgencias en Ibagué (Colombia). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.27>

ABSTRACT

Health as a fundamental right is contemplated in the Universal Declaration of Human Rights as the Magna Carta of freedom, justice and peace; being of strict compliance without restriction of creed, culture and legal background. The objective of this research was consolidated in validating compliance in the provision of health services in emergency rooms. The methodology developed was of a qualitative and analytical type, carried out from January to December 2019. For the validation of the data, a quantitative comparison of national versus local research will be analyzed, seeking to demonstrate similar behavior between the two samples. The results are grouped into a set of indicators materialized in the attention of emergency services (ED) unified in the variables of customer satisfaction. Finally, to conclude that in Colombia, approximately 2 doctors and 1.5 hospital beds are estimated for every 1,000 inhabitants, the result of health spending of less than 7.20% of GDP and that it has the resources to be able to attend a private IPS In front of a public bankrupt the fragile thread between life and death that undoubtedly denotes, that the mayor's challenge facing the health system in Colombia is to be able to provide a comprehensive hospital service to all its population in direct accordance with this fundamental right.

KEY WORDS: Emergency Care; Law; Satisfaction level; Ambulances



Correspondencia: Ing. MSc José Leonardo Montealegre Quijano.
Grupo de Investigación Gestión Empresarial, Servicios e Innovación Comercial.
Servicio Nacional de Aprendizaje. Regional Tolima (Colombia).
Cra. 4a. Estadio Calle 44 Av Ferrocarril Ibagué, Tolima, Colombia.
Correo electrónico de contacto: jlmontealegreq@sena.edu.co

RESUMEN

La Salud como derecho fundamental se contempla en la Declaración Universal de los Derechos Humanos como la Carta Magna de libertad, justicia y paz; siendo de cumplimiento estricto sin restricción de credo, cultura y antecedentes jurídicos. El objetivo de esta investigación se consolidó en validar el cumplimiento en la prestación de servicios de salud en las salas de urgencias. La metodología desarrollada fue de tipo cualitativo y analítico, realizada de enero 2019 a diciembre de 2019. Para la validación de los datos se utilizó una comparación cuantitativa de investigaciones de índole Nacional frente a un local, buscando evidenciar un comportamiento similar entre las dos muestras. Los resultados se agruparon en un conjunto indicadores materializados en la atención de servicios de urgencias (SU) unificados en las variables de satisfacción en los clientes. Para finalmente, concluir que en Colombia se estiman aproximadamente 2 médicos y 1,5 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, resultado de un gasto en salud inferior al 7,20 % del PIB y que el contar con los recursos para poder asistir a una IPS privada frente a una pública quiebra el frágil hilo entre la vida y la muerte que sin duda denota, que el mayor reto que enfrenta el Sistema de Salud en Colombia es poder brindar un servicio hospitalario integral a toda su población en concordancia directa con este derecho fundamental.

PALABRAS CLAVE: Cuidados en Urgencias; Derecho; Nivel de satisfacción; Ambulancias

RESUMO

A saúde como direito fundamental é contemplada na Declaração Universal dos Direitos Humanos como a Magna Carta de liberdade, justiça e paz; estar em estrita conformidade sem restrição de credo, cultura e antecedentes legais. O objetivo desta pesquisa foi consolidado na validação da conformidade na prestação de serviços de saúde em pronto-socorro. A metodologia desenvolvida foi do tipo qualitativa e analítica, realizada de janeiro a dezembro de 2019. Para a validação dos dados, será analisada uma comparação quantitativa da pesquisa nacional e local, buscando demonstrar comportamento semelhante entre as duas amostras. Os resultados estão agrupados em um conjunto de indicadores materializados no atendimento de serviços de emergência (DE) unificados nas variáveis de satisfação do cliente. Finalmente, conclui-se que na Colômbia são estimados aproximadamente 2 médicos e 1,5 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, como resultado de gastos com saúde inferiores a 7,20% do PIB e que possui os recursos para poder assistir a um IPS privado Diante de uma falência pública, o frágil fio entre vida e morte que indubitavelmente denota, que o desafio do prefeito diante do sistema de saúde na Colômbia é poder oferecer um serviço hospitalar abrangente a toda a sua população, de acordo diretamente com esse direito fundamental.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento de Emergência; Direito; Nível de satisfação; Ambulâncias

INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III) y se considera de cumplimiento estricto por todos los países miembros sin restricción de credo, cultura o antecedentes jurídicos propios de su territorio. Esta proclamación es el elemento internacional por excelencia para la preservación y conservación de la dignidad humana en todo el orbe mundial; en la misma proclamación, en su artículo 25, presenta el epígrafe que invoca a la salud como principio universal. Cabe recalcar que dicho derecho fundamental se caracteriza ideológicamente por una adecuada y óptima prestación del mismo y que son reflejados por iniciativas de calidad enfocadas en la capacidad de innovar en el crecimiento sustancial de los indicadores de satisfacción de los usuarios. Para lo cual encontramos, la definición de la calidad en salud como:

“el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” (OMS, 2011).

El análisis de la evolución etimológica del concepto de calidad en salud como derecho fundamental, sin duda; ha sido referente de un sinnúmero de publicaciones encaminadas a compilar los aspectos más importantes de esta definición y la percepción que los gobiernos, entidades y agentes dinamizadores poseen de los mismos. Dubos (1956) expresó que la salud se considera una concepción bidimensional, referida tanto al bienestar físico como mental: *“salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”* (p. 229). Sin embargo, el cambio conceptual más importante ya había tenido lugar en 1946 cuando la Organización Mundial de la salud (OMS) en su Carta Magna la definió como: *“completo estado de bienestar físico, psíquico y social”* (p. 1). Es importante resaltar que dicha definición, ha sido objeto de múltiples juicios dentro del orbe académico por pensar que reúne un consenso universal sobre los términos claves como calidad de vida, seguridad y bienestar, catalogándola como una definición histórica y apolítica (Navarro, 1998). Habría que decir también que el mismo autor juzga en cierta medida la deliberada responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud en un espectro geográfico y contextual de un principio inajenable.

De igual modo, el derecho a la salud se encuentra desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ley Nro. 4/92), el cual considera conforme los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo como ejes fundamentales para el desarrollo de las comunidades (ohchr.org, 2000). El artículo nro. 12 del pacto establece:

“Los Estados en el pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y en el segundo párrafo describe algunas de las medidas que se deberán adoptar para garantizarlo. El problema es que la obligación de adoptar medidas es laxa, es decir, se deberán ‘adoptar medidas’ creando condiciones para facilitar la promoción de esos derechos de ‘forma progresiva’ y ‘en la medida de los recursos disponibles’ (p. 3).

Esta arista permite desde una visión humanista comprender el derecho a la salud como la facultad al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud sin ningún tipo de desigualdad en el cumplimiento de las condiciones expresas anteriormente. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por otro lado, el quedarse con esta conclusión parcial sin contemplar la interacción entre la salud propiamente dicha y su papel dentro de la prestación de los servicios a una comunidad, tan solo permite entrar en un contraste radical con las anteriores posturas. Ejemplo de lo anterior, la Declaración de Alma-Ata (1978) planteaba un derrumbamiento de lo que hasta esa fecha se había considerado en materia de salud con su máxima expresión de condición humana y proyecta más sus principios hacia una realidad grave de desigualdad existente en el estado de bienestar de la población, entre los países, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable. Al considerar la desigualdad como uno de los factores causantes en la deficiencia en materia del cumplimiento de este derecho dando pie sin dudar a ajustarnos a la definición prestada por Arcaya, Arcaya & Subramanian (2015) en su artículo *Desigualdades en salud, definiciones, conceptos y teorías*, el cual sin menos precio del concepto expone la siguiente reflexión:

“No tienen por qué causar ningún perjuicio ni discriminación; simplemente existen y hay que tratarlas. Las desigualdades en materia de salud, se utilizan como sinónimo de inequidades y se refiere a las diferencias injustas, sistemáticas y evitables y no a meras diferencias en salud. La mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura, están condicionadas por factores determinados socialmente, como la educación, la situación laboral, la renta, el entorno, el territorio o la exclusión social, que afectan de forma desigual a la población y superan al sector sanitario.” (p. 200)

Para otorgarle fortalecimiento a la perspectiva presentada por los autores, basta tan solo con hacer una radiografía histórica sobre la desigualdad y la prestación de los servicios de salud alrededor del mundo. Lo anterior, con el simple desglose se evidencia como común denominador este factor de vulneración del derecho fundamental. A pesar de la considerable atención al problema de las desigualdades en salud desde los años 80, aún existen marcadas diferencias en salud entre y dentro de los países.

En 2010, por ejemplo, los hombres haitianos tenían una esperanza de vida saludable de 27.8 años, mientras que los hombres del Japón podían esperar vivir 70.6 años, vale decir, dos veces más tiempo, en plena salud (Salomon, et al, 2010) . Como complemento a lo anterior, las diferencias entre grupos sociales dentro de los países son también a menudo considerables. En India, los individuos del quintil de familias más pobres tienen una probabilidad 86 % mayor de morir que aquellos del quintil de familias más ricas, incluso después de controlar la influencia de la edad, el sexo y otros factores que pueden influir sobre el riesgo de muerte.

El término desigualdad en salud puede describir disparidades étnico/raciales en las tasas de mortalidad infantil en los Estados Unidos, que son casi tres veces más altas para negros no hispanos que para blancos, así como el hecho de que las personas de 20 años gozan de mejor salud que aquellas en sus años 60 (Arcaya, Arcaya & Subramanian, 2015). Para condesar lo dicho hasta aquí, la desigualdad en el incumplimiento en la prestación de servicios de salud no respeta ni raza, ni género, ni condición económica yendo en contravía con lo proclamado en la carta magna de cada país.

Múltiples causas se han asignado a la dominancia de la desigualdad social en cada uno de los territorios a nivel mundial; siendo un actor principal de este fenómeno el rol que la economía, sus dinámicas y características juegan con gran titularidad en esta vulneración de no solo el derecho a la salud sino al más básico como lo es el derecho a la igualdad. El concepto de desigualdad conserva estrecha relación con las condiciones económicas, sociales y culturales propias de cada territorio que sin duda facilitan o dificultan el nivel de disparidad en la distribución de los recursos en el campo de la prestación de salud como derecho fundamental. Claro factor de incidencia es el económico encontrando que las desigualdades en renta son más explicativas de las diferencias en estado de salud entre países desarrollados que los niveles medios de la renta per cápita. De acuerdo con Subramanian & Kawachi (2003):

“La relación entre distribución de la renta y salud ha sido establecida para distintos países, por diferentes investigadores, y con distintos indicadores de salud. En todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) las tasas de mortalidad de las clases sociales menos aventajadas son mayores que las de las clases mejor situadas social y económicamente, tanto en hombres como en mujeres. En Gran Bretaña, el país con mejores datos sobre desigualdades socioeconómicas en salud y en el que se han realizado el mayor número de investigaciones, la esperanza de vida al nacer de la clase social más aventajada (clase I) es ocho años mayor que la de la clase trabajadora (clase V). La probabilidad de morir antes de los 15 años es el doble en los grupos de menor renta que en los de mayor renta. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad, también en Gran Bretaña, en la clase V doblan las de la clase I.” (p. 70)

Así mismo, McCartney G, Collins C & Mackenzie M. (2013) encontraron que:

“manteniendo constante la renta del 20 % más pobre de la población, cuantas más altas eran las rentas del 5 % más rico de esas mismas poblaciones, mayor era su tasa de mortalidad infantil. El resultado esperable sería el contrario, que manteniendo constantes las rentas del 20 % más pobre, la mejora del 5 % más rico se tradujera en una menor mortalidad infantil. El que no sea así sugiere un efecto de la desigualdad en la renta sobre la salud, común, en este caso, a países pobres y ricos. La transición epidemiológica supone que la deprivación absoluta pierde relevancia y pasa a ganarla la deprivación relativa” (p. 113) .

Esto explica que para un momento dado renta y salud están asociadas de forma claramente inversa en los países en vías de desarrollo y dejan de estarlo en los países desarrollados. Si la pobreza relativa explica, en los países desarrollados, las desigualdades en estado de salud convendrán avanzar en el conocimiento de los vínculos entre ambas variables. Explorando un poco más la idea y aterrizándola al contexto local, encontramos que en América Latina y el Caribe las cifras no son más alentadoras, la Organización Panamericana de la Salud en 2012 dio a conocer en su investigación basada en los determinantes de la equidad en salud para este hemisferio que:

“A pesar de que la esperanza de vida al nacer aumentó de 69,2 años a 76,1 años en la región en su conjunto entre 1980 y 2011. De hecho, América Latina y el Caribe es la región en desarrollo con la esperanza de vida más alta. De 1990 a 2010, la proporción de personas desnutridas disminuyó sistemáticamente en la Región y la tasa de desnutrición infantil osciló en torno a 4 %. Pese a la crisis alimentaria de 2008, la tasa se ha mantenido constante, en menos de 10 %, desde 2005.

A pesar de estos avances, sigue habiendo desigualdades y algunos de los indicadores mencionados ocultan diferencias alarmantes entre los países. Por ejemplo, aunque el promedio de la cobertura de vacunación contra el sarampión en la Región es de 94 % —un porcentaje admirablemente elevado—, en Haití, Paraguay y Bolivia la cobertura entre los niños solo alcanzó 60 %, 71 % y 86 %, respectivamente (2). Para lograr una inmunidad colectiva confiable contra el sarampión se requiere una cobertura de al menos 90 %, lo cual significa que las poblaciones de los tres países mencionados siguen siendo vulnerables a esa enfermedad.” (PAHO.org. 2012)

Una sociedad compleja que busca primordialmente la definición de la equidad como no carencia palpable en la desigualdad por la prestación no eficiente y responsable de los servicios de calidad eleva el concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, el mismo sin dudar y textualmente expresa que tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado (Gómez, 2001).

Cabe aclarar, que existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano y más cuando la percepción de calidad se monta en diferentes matices de enrolados dentro de factores de diferente índole. Los de carácter genético, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Así mismo, la desigualdad creciente entre el estado de salud de los países de mundo llevó a que la OMS en el año 2005 ordenara la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el objetivo de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud. (Borrell & Artazcoz, 008).

A partir de este informe la OMS asumió un compromiso para actuar sobre los DSS y en la asamblea mundial de la salud del año 2009 exhortó a todos los países a que lucharan contra las inequidades de la salud desarrollando políticas de protección social integrales e instrumentos de medición que permitieran cuantificar el impacto de dichas intervenciones (OMS, 2009). En adición a lo anterior, el derecho a la salud como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud. Algunos son el acceso al agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (UN.org, 2015).

Todas estas observaciones en el plano latinoamericano permiten validar que la oportunidad y la eficacia del sistema sanitario de un país de la región pueden tener un considerable impacto en la calidad de vida de sus habitantes siendo que la cobertura sanitaria universal es uno de los derechos mínimos que una nación puede garantizar a sus habitantes sin que estos sufran dificultades financieras, mostrando un cumplimiento parcial para esta parte del globo.

En este mismo aspecto, el Banco Interamericano de Desarrollo en su Boletín Internacional (2018), sobre economía latinoamericana, destacó el impacto negativo que la crisis macroeconómica que ha enfrentado en los últimos años y que se refleja sin duda como uno de los factores negativos en la atención de las necesidades de salud en la región. Desafortunadamente, las perspectivas de crecimiento para 2019 (0,9%), no muestran una mejora sustancial con respecto a 2018 como consecuencia del crecimiento débil o negativo en las tres economías más grandes de la región (Brasil, México y Argentina) y del colapso total en Venezuela (donde se espera que el PIB se contraiga en un 25 %) (UN.ORG, 2019).

Según un reporte del mismo organismo, en cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los países de América Latina y el Caribe registran un puntaje de cobertura y satisfacción que varía entre 60 y 80 sobre 100 unidades. En este sentido Argentina iguala a México, aunque es superada por Uruguay (79), Perú (78) y Brasil (79) y la nación con la calificación más baja es Bolivia (60) (Ramírez, Nájera, & Nigenda, 2014). Habría decir también, que las fragmentaciones de los servicios de salud se consideran como uno de los principales obstáculos para proporcionar una atención de calidad, produciendo también ineficiencias en los sistemas de salud. A pesar de tener sistemas de salud diferentes (Vázquez et al, 2012), Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay comparten el contar con subsistemas de salud públicos dirigidos a la población de menor renta o sin seguridad social, que promueven una organización de la atención basada en la atención primaria como puerta de entrada y coordinadora de la atención a lo largo del continuo asistencial (Giovannella, 2015).

Todos, excepto Argentina y Uruguay, han introducido normativas para regular el uso de la HRCR (Vargas, Garcia-Subirats & Mogollón-Pérez, 2018). Algunos han desarrollado políticas nacionales que promueven el uso de guías de práctica clínica, como Brasil (Fontenelle, 2012), Chile (Letelier & Bedregal, 2006) y México (Gutiérrez, González-Block & Reyes-Morales, 2015), (Gutiérrez-Alba, 2015) (este último también normas [Normas Oficiales Mexicanas NOM] y en menor medida estrategias de sistema experto; como el apoyo matricial en Brasil (Llorente, 2001).

En Colombia como caso de análisis puntual, este tema reviste gran complejidad desde lo administrativo, financiero, social, normativo y técnico. Se aprecian corrupción, desviación de recursos e incumplimiento de las obligaciones, sin que exista un buen sistema de inspección, vigilancia y control, y como si fuera poco, el sistema de regulación encomendado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) fracasó en medio de los conflictos de intereses que se ve reflejado en cada una de las esferas en la prestación de los servicios a nivel nacional (Restrepo, 2007).

Ocupándonos exclusivamente desde lo técnico y normativo sin desconocer la importancia fundamental de los demás factores que compone la entramada articulación de los sistemas para la prestación de salud mencionados anteriormente. Debemos acotar que el sistema de salud de Colombia contempla los diferentes servicios a nivel de atención pre-hospitalaria, hospitalaria de cuidado de largo plazo, profesionales independientes, transporte ambulatorio y, finalmente, **salas de atención de urgencias** que se consideran este último como elementos discrecionales en la cobertura total de los colombianos y que sin duda se convierte en el eslabón de mayor impacto en materia de la evidencia palpable en la vulneración del derecho fundamental a un servicio de salud de calidad en nuestro país (Castro, Cohen, Lineros & Sánchez, 2010).

En la última década, los medios de comunicación masiva le han prestado gran interés a la “crisis” en los Servicios de Urgencia (SU) dándose diversos estudios que han permitido el desarrollo de algunas definiciones de congestión en el SU, que simplemente evidencian su existencia cuando no es posible satisfacer las necesidades tiempo-dependientes del siguiente paciente que solicita atención de urgencia.

Si la atención en el servicio de urgencias se retarda debido a multitud de pacientes, entonces existe un problema de congestión. Durante mucho tiempo se pensó que dichas esperas eran causadas por un diseño inadecuado de la sala de urgencias y por la incapacidad de mejorar el flujo de pacientes. En ciertos escenarios esto es innegablemente cierto. No obstante, existe evidencia en la literatura que indica que la congestión en el SU es causada por la permanencia de los pacientes en hospitalización en este servicio (Guzmán, 2014).

Con base en lo anterior, la congestión en el SU es atribuida ciertamente a una congestión en todo el hospital o clínica. A nivel internacional se encuentra un sistema para medir el grado de congestión en el área de urgencias, este sistema es conocido como la Escala NEDOCS, que sirve para medir la congestión en el área de urgencias. Esta escala contiene dentro de sus aspectos por evaluar el número de camas, tanto en el hospital como unidades de atención en el servicio de urgencias, así como el total de pacientes que se encuentran en tránsito dentro del servicio de urgencias en alguno de los procesos de atención. De igual forma, el número de pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias, y el número de pacientes con ventilación mecánica en el SU, también el mayor tiempo de espera por cama que ha sido registrado en un paciente y el paciente que más tiempo permaneció en la sala de espera.

Este tema configura la congestión o *crowding* de las salas de urgencias en general. Se ratifica que el cuello de botella de los servicios de urgencias están vinculados con la ocupación de los recursos asistenciales (médico general) como plantearon en sus estudios Venegas & Amaya (2008), (Brenner & Zeng, 2010), (Zeng & Xiaoji, 2012) y Bagust & Posnet (1999). Además, tal como planteo Migita & Del Beccaro (2011), la mayoría de los tiempos de espera están vinculados a retrasos propios de las áreas asociadas al servicio de urgencias, tales como procedimiento de enfermería y trámite de salida; así como a la entrada de pacientes no urgentes que congestionan los sistemas hospitalarios. Con el transcurrir del tiempo, las causas probables de congestión en el servicio de urgencias que se han identificado son principalmente: los pacientes de escasos recursos o régimen subsidiado y no asegurados que carecen de acceso a atención primaria; las visitas a urgencias innecesarias; la red de seguridad social; la programación de cirugías y las enfermedades estacionales.

Existen estudios sobre las personas sin seguridad social que no han demostrado que este tipo de pacientes usen el servicio de urgencia en mayor proporción que los pacientes que sí cuentan con seguridad social, o de que ellos constituyan una causa significativa de la congestión. Asimismo, existe poca evidencia sobre pacientes que no presentan gravedad influyan sobre los tiempos de espera o acerca de la congestión (Newton, 2008). Últimamente algunos estudios han demostrado que los pacientes que realizan “policonsultas” recaen sobre los pacientes más enfermos, poseen las tasas de hospitalización más elevadas, las tasas de mortalidad más altas y consumen una cantidad desmedida de recursos (LaCalle, 2010).

Finalmente, revisada la precepción epistemológica que contempla la salud como derecho fundamental y su relación en la prestación de servicios de atención en salas de urgencias, centramos el presente artículo en poder identificar el nivel de satisfacción de los pacientes dentro de las salas de urgencias (SU) en el marco de la obligación que al gobierno Colombiano le compete.

Para lograr este objetivo, se analizaron inicialmente referencias bibliográficas que arrojaban resultados palpables en materia de la carencia en la prestación básica del servicio de salud en el territorio nacional y mas específicamente en las SU; soportadas por una caracterización en términos de distribución acorde a las necesidades de flujo de pacientes, la disponibilidad de recursos técnicos y humanos y por ultimo, la validación de indicadores de satisfacción en la población objetivo que permitirá medir si este derecho fundamental a la salud consagrado en la constitución se evidencia claramente en esta servicios médicos en la ciudad de Ibagué como muestra de la tendencia nacional.

En cuanto a la metodología descrita en el presente artículo se basó fundamentalmente en la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo de Colombia en el año 2019 donde se recopilan los principalmente hallazgos en una intervención muestral que contó con 155 IPS en todo el territorio nacional dentro de los servicios de urgencias. Simultáneamente, estas cifras fueron contrastadas con la investigación desarrollada por Garzón & Villada en 2017 titulada logística hospitalaria: caso de estudio de la demanda de una sala de urgencias frente a la disponibilidad de servicios en la ciudad de Ibagué buscando así determinar la validez de las dos hipótesis de la presente investigación:

Ho: La deficiente prestación de los servicios en las salas de urgencias en Colombia presenta una tendencia en los niveles de insatisfacción igual en ciudad de Ibagué frente a las demás zonas del territorio nacional.

H1: La deficiente prestación de los servicios en las salas de urgencias en Colombia presenta una tendencia en los niveles de insatisfacción mayor en ciudad de Ibagué frente a las demás zonas del territorio nacional.

La cuestión objeto de este estudio es determinar si comparando las dos investigaciones base de este análisis; se puede establecer que existe suficiente evidencia estadística para determinar que los indicadores de insatisfacción en cuanto a la prestación de servicios en las salas de urgencias de la ciudad de Ibagué se comportan con características similares a las del resto del país, obedeciendo esto a un deficiente sistema de salud en Colombia que no es capaz de poder brindar un servicio hospitalario integral a toda su población en concordancia directa con este derecho fundamental.

METODOLOGÍA Y FUNDAMENTO TEÓRICO

La investigación fue de carácter cualitativo con enfoque comparativo entre dos fuentes de información fundamentales que buscaban primordialmente la medición de los indicadores de satisfacción en usuarios de las salas de urgencias (SU) en Colombia. En primera instancia, se abordó un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo de Colombia - Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia en 2019; el cual obedeció a la necesidad manifiesta de un monitoreo a los servicios de urgencias generado a partir de las reiteradas peticiones, quejas y reclamos, recibidos en dicha Institución en materia de la posible vulneración del derecho a la salud, principalmente por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y que sin duda su vigilancia se convierte en responsabilidad en uso de las funciones constitucionales otorgadas al Señor Defensor del Pueblo, como parte del Ministerio Público, artículos 281, 282 y 283 de la Constitución Política de Colombia (Bravo, Flórez, & Salazar, 2008).

La utilidad de este estudio radica en la aplicación de instrumentos de recolección de información a coordinadores de servicios de urgencias, usuarios y talento humano que labora en las diferentes IPS visitadas a nivel nacional. El trabajo de campo se llevaron a cabo, en simultáneo, a una muestra representativa de Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados, que tenían habilitado el servicio de urgencias, según el Registro Especial de Prestadoras del Servicio de Salud (REPS) en los diferentes niveles de complejidad, entre el 26 y el 29 de agosto de 2019, en el turno de la noche, interviniendo una muestra de IPS de todos los niveles de complejidad con la verificación en 153 de ellas, 801 encuestas al personal médico, 149 censos de pacientes en sala de espera y 1.773 encuestas a usuarios.

Esta publicación, que corresponde al monitoreo de los servicios de urgencias en 32 capitales de los departamentos y otras ciudades relevantes, sin duda se constituyó en el primer registro y análisis de la garantía del derecho en nuestro país en los servicios de urgencias. Adicional a lo anterior, metodológicamente se resalta el periodo de análisis comprendió los días 26, 27, 28 y 29 de agosto de 2019, siendo la unidad de observación los servicios de urgencias en las IPS seleccionadas y con domicilio, donde la Defensoría del Pueblo de Colombia tenía atención al público en Colombia. Finalmente, el modelo de muestreo fue de tipo aleatorio estratificado por nivel complejidad con un nivel de confianza del 95 por ciento y un margen de error del 5,7 por ciento (Defensoría del Pueblo, 2020).

El segundo instrumento de validación utilizado fue el estudio realizado por el Servicio Nacional de Aprendizajes (SENA) Regional Tolima en cabeza de su Grupo de Investigación GESICOM; el cual buscó modelar los procesos logísticos del sistema de atención de la unidad de emergencias de un centro de asistencial de la ciudad de Ibagué, para la toma de decisiones de la oferta de servicios, siendo de gran relevancia debido a que en este se identificaron variables de comparación similares a las encontradas en el informe nacional de la Defensoría del Pueblo mencionado anteriormente.

Este segundo estudio cobra gran relevancia en los resultados debido a que comprendió la documentación problemática existente frente a la logística hospitalaria y su implementación en el departamento del Tolima y el municipio de Ibagué, al igual que los referentes teóricos para la fundamentación del desarrollo frente a los enfoques para el sector hospitalario y las variables implícitas de la operación en las salas de urgencias poniendo en evidencia la medición de los indicadores de insatisfacción en la atención del servicio de salud en dichas.

Con el objetivo de estandarizar los resultados contrarrestados en las dos investigaciones se estableció como herramienta de análisis unificado la metodología del Proceso Analítico Jerárquico (PAJ) como principal fundamento teórico dentro de esta investigación; buscando así que esta técnica bastante usada para la toma de decisiones con atributos múltiples (Saaty, 1994) sirviera como eslabón de convergencia entre las dos investigaciones y de igual forma poder realizar una paridad frente al análisis de los indicadores de satisfacción en la prestación del derecho de salud en la sala de urgencia. Para lograr un mayor entendimiento acerca de la técnica que se consolida como fundamento teórico del artículo de investigación cabe resaltar que esta metodología permite la descomposición de un problema en una jerarquía y asegura que tanto los aspectos cualitativos como cuantitativos de un problema sean incorporados en el proceso de evaluación, durante la cual la opinión es extraída sistemáticamente por medio de comparaciones entre pares (pairwise).

El PAJ es una metodología de decisión compensatoria porque las alternativas que son eficientes con respecto a uno o más objetivos pueden compensarse mediante su desempeño con respecto a otros objetivos. El PAJ permite la aplicación de datos, experiencia, conocimiento, e intuición de una forma lógica y profunda dentro de una jerarquía como un todo. El núcleo del PAJ es una comparación de atributos entre pares ordinales; subindicadores en este contexto, en los cuales enunciados de preferencia son identificados. La metodología planteada se basa en el Proceso Analítico Jerárquico, conocido mundialmente como AHP (Analytic Hierarchy Process). Desde la aparición formal de este método, en 1977, en el Journal of Mathematical Psychology, múltiples referencias destacan la pertinencia de este para priorizar alternativas, y entre ellas están los trabajos de Ishizaka y Labib (2019), Ishizaka y Lusti (2006), Vaidya y Kumar (2006), Bryson (1996), Ozdemir (2005), entre muchos otros.

La técnica PAJ requiere de tres insumos principales: a) Una lista de alternativas que se desean comparar, priorizar u ordenar. b) Un conjunto de criterios, cualitativos (por ejemplo: pertinencia estratégica, aceptación de las comunidades, etc.) y/o cuantitativos (por ejemplo: nivel requerido de inversión, beneficios monetarios esperados, etc.), con los cuales se busca valorar o medir cada una de las alternativas, y c) un objetivo que refleje claramente el propósito y el alcance de la priorización. Los siguientes criterios, atributos o factores se seleccionaron conforme a una revisión bibliográfica empleando indicadores de desempeño logístico (Key Performance Indicator) que es un indicador seleccionado considerado indispensable para monitorear el desempeño de un objetivo estratégico, el resultado general, o el resultado de un área clave para el éxito de una actividad y el crecimiento de la organización en su conjunto.

A nivel de prestación de servicios de salas de urgencias se evidencia la creciente presión sobre los centros de atención médica, la limitada disponibilidad de profesionales entrenados, las restricciones presupuestarias y el incremento de la profesionalización de la dirección de los hospitales, la utilización de los KPI es cada vez más frecuente. Los pilares de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud: herramientas, personas y procesos son el medio ideal para las iniciativas de medición del desempeño gracias a la disponibilidad de los datos y al interés en la mejora permanente (Velandia, 2011). De igual forma se revisaron los indicadores de atención en urgencias con respecto a la normativa vigente en Colombia y relacionados en ambos estudios con el fin de consolidar los indicadores de calidad en la prestación de servicios de salud en urgencias en todo el territorio nacional y los cuales se comparan en ambas investigaciones.

Tabla 1. Indicadores para la medición de PAJ

Indicador	Descripción	Métrica	Cálculo	Fórmula para el Cálculo	Fórmula tipo
Censo Diario Promedio	Mide el número de camas ocupadas por día en el hospital, en promedio	# ADC #Censo diario	$A_i = \# \text{ Camas hospitalarias ocupadas durante el día } i, \text{ donde } i = 1 \text{ a } n$ $n = \# \text{ Días}$	$(A_1 + A_2 + \dots + A_n) / n$	Promedio
Oportunidad de la atención	Mide el tiempo promedio en minutos de espera para la consulta médica según el nivel de triage	# Tiempo por paciente	$A_i = \# \text{ Tiempo dedicado al triage de un paciente 'i', en minutos, donde } i = 1, \dots, n$	$(A_1 + A_2 + \dots + A_n)$	Promedio
Número de Camillas	Mide el número de camas en el hospital diseñadas y construidas para la admisión de pacientes.	# Capacidad de camas por tipo de cama # Tipo de camas hospitalarias	$A = \# \text{ Camas hospitalarias}$	A	Volumen
Estancia en Urgencias	Mide el tiempo que los pacientes pasan en el hospital en promedio por categoría de admisión	# Tiempo promedio de permanencia en hospital # ALOS # Tiempo de permanencia (LOS por su sigla en inglés) # Tiempo promedio de permanencia de pacientes en el hospital por categoría de admisión	$A_i = \# \text{ Tiempo para el alta del hospital, por paciente 'i', en días}$ $B_i = \# \text{ Tiempo de admisión por paciente 'i', donde } i = 1 \text{ a } n$ $n = \# \text{ pacientes internados}$	$[(A_1 - B_1) + \dots + (A_n - B_n)] / n$	Promedio

Fuente: (Garzón & Villada, 2017)

En síntesis, los atributos seleccionados son los siguientes:

F1 = Censo diario promedio (Número de camas ocupadas por día en el hospital, en promedio)

F2 = Oportunidad en la atención (Tiempo promedio en minutos de espera para la consulta médica según el nivel de triage)

F3 = Número de Camillas (Número de camillas en urgencias)

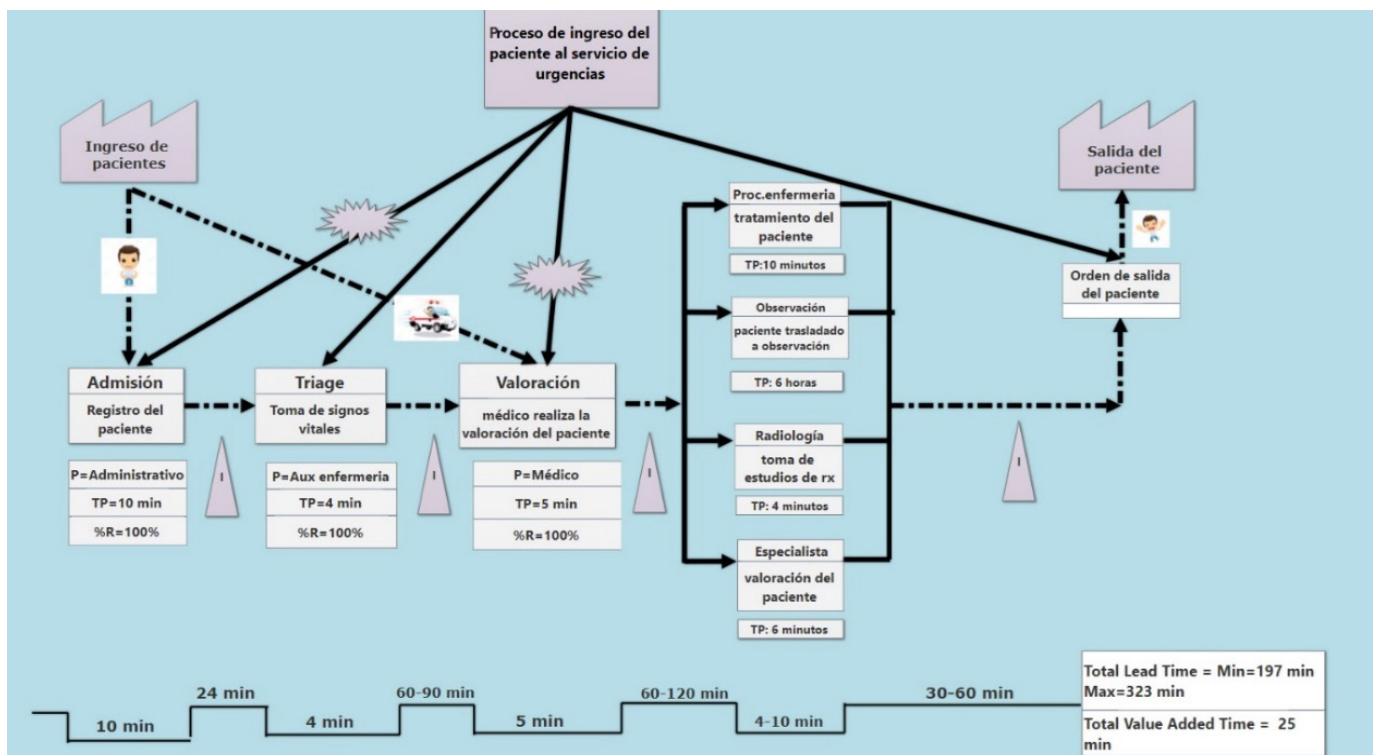
F4 = Estancia en urgencias (Tiempo promedio en horas de estancia en urgencias)

Finalmente, dada la utilización de los mecanismos de priorización se establece la unificación de las etapas logísticas en una sala de urgencias en Colombia y con ello validar los resultados encontrados en la investigación, siendo que:

“el proceso comienza con la llegada de los pacientes a IPS, donde primero se agrupan en una sala a la espera de entregar sus documentos en la ventanilla de atención para solicitar atención médica de urgencias, en caso de estado físico evidente de riesgo a la integridad física y salud (triage 1), se hace el ingreso de inmediato, de lo contrario entra a realizarse la clasificación de prioridad de atención (triage). Una vez el paciente ha sido admitido en la IPS, pasa a una sala de espera donde aguarda para ser valorado por personal médico para clasificarle en triage; posterior a ello, el paciente regresa a la sala de espera a hacer antesala para ser valorado por el médico de turno, el cual indicará la ruta a seguir por el paciente, el cual puede ir a procedimiento de enfermería, toma de imágenes diagnósticas (radiología) o valoración por médico especialista. De igual forma un paciente puede realizar todos los procesos, un par de ellos o solo uno; esto depende de la naturaleza de su condición médica, por lo tanto, los flujos de valor de la operación logística pueden variar sistemáticamente.”

Resumiendo, el proceso de atención de pacientes en las salas de Urgencias en Colombia se compilan en la siguiente ilustración.

Ilustración 1. Flujo de operación logística en urgencias (Colombia)



Fuente: (Montoya, 2016)

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

- La declaración de los derechos humanos en especial los referentes a la salud como principio universal Art 25 se contempla desde una perspectiva idealizada y altruista de los gobiernos participantes sin ofrecer en la mayoría de las situaciones herramientas de control eficientes para garantizar el cumplimiento del mismo en entornos económicos variables como lo evidenciado en países con economías emergentes. Siendo que la administración de la oferta y demanda en materia de servicios de salud de calidad dista primordialmente de la aplicación de estrategias ingenieriles para la modelización y control de la fluctuación de los mismos, en consecuencia; a lo anterior es claro reconocer que las políticas gubernamentales y las ventajas de la logística hospitalaria como ciencia no han encontrado la fórmula mágica de interacción entre ellas principalmente en los países en vía de desarrollo como Colombia.
- Los servicios de urgencias médicas responden parcialmente a las necesidades de atención de la comunidad en materia de una adecuada y atención primaria pero sin atender totalmente los criterios descritos en los indicadores de satisfacción de los usuarios especialmente en países considerados emergentes. Sin duda, el hecho de que haya saturación entre las necesidades y los servicios prestados refleja sustancialmente un vacío entre la disponibilidad de recursos por asignación adecuada de los recursos del sistema general de salud. Para lo cual, las soluciones deben ser integrales, dentro de la concepción de una red de servicios y de garantizar el acceso integral, de manera que se mantenga una oferta de urgencias más destinada a atender emergencias médicas, bien articulada con la red hospitalaria para permitir un flujo adecuado de los pacientes conforme a los tiempos de atención esperados.
- El Boletín del Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) reporta que Colombia cuenta con un total de 10.485 Instituciones prestadores de servicios distribuidos con mayor número de IPS (Instituciones Prestadores de Salud) en los departamentos de Antioquia con 12,3 %, Santander con 6,66 %, Valle del Cauca con 6,15 % y en el final del ranking figuran los departamentos del Tolima y Magdalena con una participación de tan solo el 4,06 % respecto del total nacional. Por otro lado se evidencia que en materia de transporte medicalizado, el país posee 6.085 ambulancias distribuidas 3 diferentes categorías: mixtas (0,15 %), privadas (53,33 %) y públicas (46,52 %), lo que dista significativamente de los análisis demográficos de cada una de las zonas analizadas concluyendo finalmente que la tasa nacional de camas hospitalarias públicas era de 0,74 por mil habitantes, muy por debajo del promedio de países del cono sur (3,4 por mil habitantes) y de la región Andina (1,4 por mil habitantes), así mismo se estableció que el equipamiento para urgencias era deficitario y las salas de cirugías públicas casi inexistentes.
- La distribución equitativa de los prestadores de salud es una obligación de todos los Estados y en los servicios de urgencias, esto debe reflejarse en la distribución entre las regiones del país. Por lo anterior, se realizó un análisis espacial de la ubicación de los servicios por región. Las regiones Atlántica y Occidente cuentan con más de la mitad de la oferta de estos servicios en el país (51,9 por ciento) y la región Orinoquía y Amazonía tienen la menor oferta (3,7 por ciento). Sin embargo, cuando estos servicios se estandarizan por número de habitantes la situación cambia. La región Orinoquía y Amazonía pasa a tener la tasa más alta de servicios por millón de habitantes (53,3), debido a la densidad poblacional más baja del país. Le siguen en su orden las regiones Oriente (42,1), Atlántica (39,3), Occidente (34,8) y Pacífica (33,8), que son consistentes con el promedio país (32,7). La región con la tasa más baja es la Central. Lo anterior podría sugerir una inequitativa distribución geográfica de las IPS de conformidad con la complejidad de los servicios ofertados, esta situación es más evidente en las regiones con mayor índice de dispersión y mayores barreras de acceso.

El mercado de la prestación de servicios no se regula en Colombia en términos de la distribución y suficiencia. Sin embargo, el Estado debe garantizar “la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional” Los servicios de urgencias no solo deben estar distribuidos equitativamente, sino que también deben ser suficientes para dar respuesta a las necesidades de la población.

Una dimensión fundamental de la calidad en los servicios de urgencias es el tiempo con el que se responde a los usuarios, esto puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte o la estructuración de una discapacidad. La oportunidad debe ser entendida como la posibilidad de obtener el servicio de salud requerido sin esperar largos periodos de tiempo y sin poner en riesgo la vida del usuario identificando algunas condiciones que vulneran o amenazan la materialización del derecho fundamental a la salud de los usuarios que acuden a dichos servicios. Los resultados reflejan la realidad de la oferta de servicios de salud como:

a) Sala de espera y Triage, existe una gran brecha en los tiempos máximos y mínimos para recibir la atención en Triage frente a las dos unidades muestrales analizadas encontrando que puede corresponder a la disponibilidad de recursos frente a la demanda del servicio, lo que se traduce falta de calidad en los servicios de salud, A nivel general, el tiempo promedio que deben esperar los usuarios para que sean atendidos en el triage es de una hora, las entidades públicas son las que presentan los tiempos más prolongados (79 minutos), a diferencia de las IPS privadas que bajan su promedio a 48 minutos. Comparado con los resultados obtenidos a nivel local en la IPS privada se evidencia una media equivalente a 32,5 minutos guardando solo una diferencia de 15.5 en su desviación frente al orden nacional y 46.5 minutos de las IPS públicas reguladas por el Gobierno nacional.

b) Consulta médica de conformidad con lo señalado por los encuestados, el promedio de espera entre la valoración en Triage y la atención médica correspondió a 81 minutos, situación que generó inconformidad para algunos de los usuarios, quienes los consideraron excesivos. Con relación a la complejidad, los tiempos de espera fueron mayores en IPS de complejidad alta y media con 93 y 78 minutos respectivamente, aunque se evidenciaron demoras en la atención médica hasta de 2 días, contrario a lo que ocurre en las IPS de complejidad baja en donde la atención es más oportuna. Frente a la investigación local se encuentra una media de espera que supera a la media nacional en un rango entre 65 y 110 minutos para recibir la valoración por parte de los galenos del centro de urgencias. En este punto se evidencia significativamente que la priorización en el turno de asignación hacia la atención médica es realizada por el operario de recepción quien en más del 50% de los casos no es un profesional de la salud sino un auxiliar en proceso administrativos.

c) Sala de observación, en el área de observación se encontraron usuarios en espera de atención no solo en camas y camillas, sino en sillas e incluso en el piso (cartones), los principales hallazgos fueron los siguientes: El 57% de la ocupación de las camas en el servicio de observación de urgencias correspondían a usuarios con estancia menor a 24 horas y el 43 por ciento a una estancia mayor. Con relación a los usuarios que se encontraban en camillas, el 55,1 % tenían una estancia menor a 24 horas y el 44,9 % llevaba más de 24 horas en esta condición. Igualmente se encontró ocupación en sillas con estancias menores a 24 horas en un 73,8 por ciento, mientras que los que llevaban más de 24 horas correspondían al 26,2 por ciento. En esta situación varios usuarios estaban canalizados porque no había camillas suficientes. Adicionalmente, 121 usuarios eran atendidos en el piso (suelo-cartones), de los cuales el 52,1 por ciento tenían estancia menor a 24 horas y el 47,9 por ciento una estancia superior. Frente a la perspectiva de la investigación en la misma índole a nivel de la ciudad de Ibagué se encontró solo una variación entre el 10% y 25% de los resultados arrojados por la investigación nacional en cada uno de los aspectos tocados en sus conclusiones.

d) Referencia y contra referencia, en el recorrido se encontraron 1.796 usuarios en espera de referencia, de los cuales el 11,6 por ciento llevaba más de 10 días esperando la remisión, el 16,2 por ciento entre 3 y 10 días, el 30,7 por ciento entre 1 y 3 días, y el 41,5 por ciento menos de 24 horas. A nivel local se estableció en general una media de 24 horas para la remisión con una desviación aproximada de 4 horas. Los prestadores públicos son los que presentan mayores tiempos de espera de más de 3 días (36,3 por ciento) y entre 1 y 3 días (31,3 por ciento). Por su parte, los privados resuelven la mitad de los casos en menos de 24 horas. Con relación a la complejidad, las IPS de alta complejidad son las que tienen más problemas en las remisiones de pacientes ya que el 36,9 por ciento llevan más de tres días esperando una remisión, el 30,9 por ciento entre 1 y 3 días y de menos de 24 horas el 32,2 por ciento. Las IPS de complejidad baja resuelven el 61,6 por ciento en menos de 24 horas.

e) Laboratorio e imágenes diagnósticas, de los usuarios que se encontraban en la sala de urgencias de las IPS visitadas, al 85 por ciento se les ordenó exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas los cuales fueron practicados en un promedio de 2,2 horas. En cuanto a los tiempos para la toma de muestras e imágenes diagnósticas por naturaleza jurídica de la IPS, se encontró que en promedio las entidades públicas demoran más tiempo (dos horas y media) que las privadas (menos de 2 horas). Frente a la investigación local que mostró un aumento significativo en el tiempo estimado de 4,5 horas para la toma de imágenes diagnósticas debido a la asignación de turnos anteriores tanto de procedimiento particulares como propios de la entidad médica.

f) Suministro de medicamentos, se encontró que al 78,3 por ciento de los usuarios, el médico le ordenó algún medicamento y este fue suministrado en un promedio de 56 minutos, considerando los usuarios un término excesivo, sobre todo en los casos en los que se presenta mucho dolor. En promedio, los prestadores públicos demoran más tiempo en la entrega (83 minutos), aunque en ocasiones las IPS privadas tienen demoras más prolongadas (máximo de 2 horas y media) para el suministro de medicamentos.

En relación con los tiempos máximos, los prestadores privados reflejan los mayores tiempos de espera para el suministro de medicamentos de 1 día y medio, mientras que en las mixtas se señalan los tiempos 79 menores de 2 horas y media. Por su parte las entidades públicas tienen tiempos de espera máximo para el suministro de medicamentos de 1 día.

Finalmente, a pesar de la temporalidad existente entre los dos estudios (2020 y 2017) base del presente artículo se puede claramente evidenciar que no ha existido una mejoría significativa en materia de los indicadores de servicios en las salas de urgencia en la ciudad de Ibagué que sin duda es un ejemplo palpable del comportamiento nacional en las demás salas de atención médica.

Al detenerse a revisar porcentualmente los factores de ponderación en la investigación se evidencia que la carencia de políticas públicas claras en materia de salud como derecho universal a la sociedad colombiano y no como actividad económica lucrativa, llevado de la mano con un alto índice de corrupción que ubican el país en el puesto 96 entre 180 países evaluados en el índice de Percepción de Corrupción de Transparencia Internacional con 37 puntos de 100, es más que causa evidente para comprender que por lo menos al corto plazo lograr el cumplimiento de la enmienda universal de igualdad en la prestación de servicios de calidad (Art 25), no se podrá lograr sin medidas de fondo en las organizaciones rectoras quienes velan por los intereses de la sociedad colombiana.

REFERENCIAS

- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
- Bagust, A., & Posnet, J. (1999). Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *British Medical Journal Publishing group*(319), 155-158.
- Borrell, c., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta*, 465-73.
- Bravo, J., Flórez, D., & Salazar, E. (2008). Servicios de Urgencias en Colombia, el caso Medellín. *Servicios de Urgencias en Colombia, el caso Medellín*, 20(3), 35-39.
- Brenner, S., & Zeng, Z. (2010). Modeling and analysis of the emergency department at University of Kentucky Chandler Hospital using simulations. *J Emerg Nurs*, 36, 303-310.
- Castro, J., Cohen, E., Lineros, A., & Sánchez, R. (2010). Escala NEDOCS para Medir Congestión en Urgencias: Estudio de validación en Colombia. Bogotá D.C.: Universidad del Rosario, Facultad de Medicina.
- Defensoría del Pueblo. (2020). Informe Defensorial –Derecho a la Salud Monitoreo a los servicios de urgencias de IPS en Colombia. Defensoría del Pueblo. Bogota D.C: Defensoría del Pueblo.
- Dubos, R. J. (1959): *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*, Nueva York, Harper (World perspectives, 22)
- Fontenelle, L. (2012). Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 5-9.
- Garzón, J., & Villada, J. (2017). Logística hospitalaria: caso de estudio de la demanda de una sala de urgencias frente a la disponibilidad de servicios (vol. 1). Ibagué: GESICOM.
- Giovanella, L. (2015). Resumen de la atención primaria de salud en América del Sur: concepciones, componentes y desafíos. *Saude em Debate*. 300-322.
- Gómez, J. (2001). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triage estructurado. *Revista Científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*, volumen(número),156-164.
- Gutiérrez-Alba, G. (2015). Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *salud pública de méxico*, 547-554.
- Gutiérrez, A., González-Block, M., & Reyes-Morales, H. (2015). Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *salud pública de méxico*, 547-554.
- Guzmán Finol, K. (Mayo de 2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Obtenido de Banco de la Republica. Recuperado de: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_202.pdf
- Handel DA., F. R. (2008). How much does emergency department use affect the cost of Medicaid programs? . *Ann Emerg Med*, 2(44), 614 - 621.
- Ishizaka, A., & Labib, A. (2009). Analytic Hierarchy Process and Expert Choice: benefits and limitations. *OR Insight*, 22, 201–220.
- Ishizaka, A., & Lusti, M. (2006). How to derive priorities in AHP: a comparative study. *Central European Journal of Operations Research* 14, 387-400.
- LaCalle E, R. E. (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*, 56(1), 42 - 48.
- Migita, R., & Del Beccaro, M. (2011). Emergency Department Overcrowding: Developing Emergency Department Capacity Through Process Improvement. *Emergency Service*, 12(2), 1-10.

Ministerio de la Protección social. (2011). Ley 1438 de 2011. reforma el Sistema General de Seguridad social en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013), Marzo 15 de 2013 Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Análisis de Situación de Salud de Tolima 2016. Ibagué. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>

McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy*, 113(3), 221-227.

Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 49-54). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.

Newton MF, K. C. (2008). Uninsured adults presenting to US emergency departments: assumptions vs. data. *Jama*, 16 (número), 1914 - 1924.

OHCHR.org. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. 12: mayo

OMS.org. (2011). www.un.org. Recuperado de [oms-organizacion-mundial-de-la-salud..](http://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/) Recuperado de: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>

OMS.org (2011). www.who.int/publication. Obtenido de Organización Mundial de la Salud -OMS: www.who.int/publication

OMS.org (2009). Organización Mundial de la Salud. New York, United States of America. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/123456789/3296/1/Promocion%20de%20la%20salud%20como%20construir%20vida%20saludable.pdf>

OMS.org (1948). Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. New York: Official Records of the World Health Organization.

PAHO.org (2012). Renewing primary health care in the Americas, Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

Ramírez , T., Nájera, P., & Nigenda , G. (2014). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*..

Restrepo C, Jaime. (2007). La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 78-81. Retrieved December 04, 2019, Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100010&lng=en&tlng=es.

Saaty, T.L. (1994): How to make a decision: The Analytic Hierarchy Process. *Proceedings of the 3th. ISAHp*, vii-xxviii

Subramanian, S.V., & Kawachi, I. (2003).. The association between state income inequality and worse health is not confounded by race. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 1022-1028.

UN.org (2019). Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

UN.org (2019). Naciones Unidas. Recuperado de [universal-declaration-human-rights: Recuperado de: https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/](https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/)

UN.org (2015) Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de las Naciones Unidas Recuperado de http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/estandares_internacionales_sobre_derecho_a_la_salud_en_la_onu.pdf

UN.org (2005). Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.un.org/chinese/center/chbus/events/hurights/spanish.htm>

Uscátegui, S. (2008). *Sistemas de Evaluación de Servicio y Estrategias de Gestión de Clientes en Urgencias de la Fundación Cardio Infantil - Instituto de Cardiología*. Chia (Cundinamarca): Universidad de la Sabana, Instituto de Postgrados. Añadir enlace de la publicación. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15744/FlorezAmayaFrancyHelena2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vargas, I., Garcia-Subirats, I., & Mogollón-Pérez, A. (2018). Comprender el colapso de la comunicación en el proceso de derivación ambulatoria en América Latina: un estudio transversal sobre el uso de la correspondencia clínica en las redes de salud pública de seis países. *Política y planificación de salud*, 494-504.

Vázquez, I. Vargas, R. Nuño, et al., Integrated delivery systems and other examples of collaboration among providers. *SESPAS Report Gac Sanit.*, 26 (Supl 1) (2012), pp. 94-101

Velandia, M. (2011). La Seguridad de los Pacientes de Urgencias en un ambiente de congestión. *Revista de actualizaciones en enfermería*, 21(1), 14.

Venegas, F., & Amaya, C. (2008). modelo de simulación de eventos discretos del departamento de emergencia para un hospital. *Cuadernos de PYLO*, 1-13.

Zeng, Z., & Xiaoji, M. (2012). A simulation study to improve quality of care in the emergency department of a community hospital. *J Emerg Nurs*, 3(38), 22-28.